

УДК 616.12-038:616.892-036

А.Є. НИКОЛЕНКО,
*кандидат медичних наук, доцент кафедри практичної психології
Дніпропетровського університету імені Альфреда Нобеля*

ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

У статті розглядаються результати дослідження динаміки змін преморбідних і типологічних рис хворих на ревматоїдний артрит, визначається можливість впливу преморбідних і типологічних рис на початок хвороби і розвиток психічних порушень.

Ключові слова: особистість, ревматоїдний артрит, індивідуально-типологічні особливості.

Вступ. Ревматоїдний артрит (РА) є найбільш розповсюдженим запальним захворюванням суглобів. Це хронічне системне захворювання, яке починається ураженням суглобів та часто супроводжується генералізованими системними проявами або залученням у запальний процес інших органів та систем. Розповсюдженість захворювання – майже 1% населення (в Україні 0,4%). До захворювання найбільш схильні жінки середнього віку (в 2–3 рази частіше, ніж чоловіки).

У цей час етіологія захворювання остаточно не встановлена. Ревматоїдний артрит є поліетіологічним захворюванням, і в його походженні відіграють роль спадкові, алергічні, імунні та психологічні фактори. Такі вчені, як Н. Kaplan і В. J. Sadock, припускають, що психологічний стрес є однією з основних причин аутоімунних захворювань. F. Alexander і F. Dunbar цю точку зору пов'язують з психосоматичною концепцією, згідно з якою РА є класичним психосоматичним захворюванням, у генезі якого домінують психологічні та соціальні стреси, а також особистості людини. Хворим на РА притаманні такі риси, як непохитність, «моралізм», конформізм, консерватизм, висока вимогливість до себе та до інших, чесність, вразливість, сором'язливість, бездоганність, послужливість. Також відзначається, що пацієнти, як правило, значно обмежені у виявленні емоцій, вербалізації своїх почуттів. Такий тип характеру отримав назву «алекситимічного», що буквально означає «відсутність слів для висловлення почуттів». Для пацієнтів з «алекситимічним» характером властиві вагання у виборі слів для опису почуттів, відсутність здатності до фантазування, ретельний опис тривіальних життєвих деталей, скупність, невиразність. Ці пацієнти рідко мріють, схильні до імпульсивних дій, інтерперсональні зв'язки їх бідні, часто спостерігаються тенденції до уникання людей, ригідність. Такі хворі, як описував А. Gohnson (1947), схильні до фізичної активності, виявляють значний інтерес до спорту.

Середня величина алекситимічного індексу при РА перевищує порогові значення алекситимії, а алекситимічних осіб серед усієї групи хворих більше, ніж неалекситимічних. Хворі із РА відрізняються від здорових змістом емоційних реакцій і способів реагування в емоціогенних ситуаціях. Їм притаманні самообмеження або відсутність здатності до самовираження, скупність в емоційному житті, тривожність [2]. Часте виявлення при РА зазначених психологічних особливостей дозволило віднести це захворювання до числа психосоматичних та висловити гіпотезу про так звану «артритичну» особистість хворих, за якої емоції «сильно контролюються» та психічні реакції висловлюються переважно напруженням скелетних м'язів [3].

Проблема впливу особливостей особистості хворих на РА на маніфестацію і перебіг захворювання широко обговорюється в закордонній і українській науковій літературі [1]. Але

ця проблема з точки зору якісної оцінки в науковому і практичному планах ще не повністю вирішена.

Метою нашої статті було вивчення динаміки змін преморбідних і типологічних рис хворих на ревматоїдний артрит до захворювання, в періоди маніфестації хвороби, розгорнутої стадії (1–10 років) та після 10 років.

Завдання полягало в тому, щоб визначити можливість впливу преморбідних і типологічних рис на початок хвороби і розвиток психічних порушень.

Матеріали та методи. Проведено клінічне та експериментально-психологічне дослідження, обстежено 80 жінок, хворих на РА. Усі хворі перебували на стаціонарному лікуванні в ОКЛ ім. Мечникова м. Дніпропетровська у відділенні ревматології. Вік хворих становив від 16 до 60 років.

Для дослідження преморбідних індивідуально-типологічних особливостей особистості нами було розроблено бланк урахування даних опитування і самооцінки хворих та перелік рис характеру, до якого увійшли такі: мстивість, вразливість, послужливість, висока вимогливість, самообмеженість, неповноцінність, емоційна стисненість, сором'язливість; а також типологічні риси: втомлюваність, слабкість, плаксивість, безсоння, важке засинання, перерваність сну, неухважність, дративливість, відчуття незадоволеності; схильність до депресії: зниження маси тіла, зниження сексуального інтересу, відчуття провини, песимізм, відчуття краху, байдужість до зовнішнього вигляду, зниження самооцінки, відчуття безпомічності, страх покарання за гріхи, апатія, ідеї самозвинувачування, страх стати інвалідом та залежним, суїцидні думки; тривога, здатність критично оцінювати свій стан. Опитування пацієнтів проводилося за трьома періодами: до хвороби, при маніфестації захворювання та у період від 1 до 10 років; після 10 років.

Для уточнення структури особистості хворих і виявлення їх психічного стану проводилось експериментально-психологічне обстеження з використанням таких методик: самооцінка за Дембо–Рубінштейн; тривожність за Тейлором; тривога, інтенсивності та компенсації тривоги за Люшером; особистий опитувальник Бехтеревського інституту (ООБІ); тест фрустраційної толерантності Розенцвейга та визначення рівня алекситимії за Торонтською шкалою.

Результати та їх обговорення. За результатами дослідження преморбідних рис встановлено, що до хвороби домінують такі риси, як емоційна стисненість – 56,25%, вразливість – 48,75, мстивість і відчуття неповноцінності – по 37,5 та висока вимогливість – 26,25, плаксивість і відчуття незадоволеності – по 37,5, схильність до депресії 48,75% хворих. У цілому до хвороби було загострено 19 (58,88%) індивідуально-типологічних рис характеру із 34. Наявність до хвороби таких рис, як послужливість, слабкість, неухважне ставлення до хвороби, зниження сексуального інтересу, песимізм, відчуття краху, зниження самооцінки, відчуття безпомічності, страх покарання за гріхи, апатія, страх стати інвалідом, суїцидні думки не виявлено.

У другому періоді (1–10 років) спостерігалось значне погіршення 42 (94,12%). Серед преморбідних рис домінували вразливість і відчуття неповноцінності – по 87,93%, мстивість – 75,86, що в 2 рази більше, емоційна стисненість – 63,79%, що в 1,13 більше, а також кількість хворих із сором'язливістю зросла в 4,4 раза в другому періоді.

У третьому періоді переважали емоційна стисненість у 90,91 і сором'язливість у 86,36 хворих, але відносно другого періоду знизилась кількість хворих з помисливістю і вразливістю – по 68,18 та відчуттям неповноцінності – 63,64%, що можна пояснити адаптацією до хвороби, хоча загальна кількість хворих з цими погіршеними рисами залишалася великою.

Результати досліджень ознак астеничного синдрому показали, що втомлюваність спостерігалась у 9 (11,25%) хворих до хвороби, в другому періоді вона зросла до 70 (87,5%), а в третьому – до 77 (96,25%) хворих; слабкість до хвороби не виявлена, в другому періоді – 70 (87,5%), третьому – 78 (97,5%); плаксивість до хвороби – 30 (37,5%), другий період – 71 (88,75%), третьому – 77 (96,25%); безсоння до хвороби – 10 (12,5%), другий період – 62 (77,5%), третій – 55 (68,75%); важке засинання до хвороби – 10 (12,75%), другий період – 50 (62,5%), третій – 54 (67,5%); перерваність сну аналогічно важкому засинанню; неухважність до хвороби не виявлена, другий період – 40 (50%), третій – 77 (96,25%); роздратованість до

хвороби – 9 (11,25%), другий період – 50 (62,5%), третій – 56 (70%); відчуття незадоволеності до хвороби – 30 (37,5%), другий період – 52 (65%), третій – 75 (93,75%).

Дослідження схильності до депресивних реакцій виявили, що до хвороби вони спостерігалась у 39 (48,75%) хворих, у другий період – 74 (92,5%), третій – 55 (68,25%); зниження маси тіла до хвороби – 9 (11,25%), другий період – 30 (37,5%), третій – 77 (96,25%); зниження сексуального інтересу до хвороби не виявлено, другий період – 50 (62,5%), третій – 56 (70%); відчуття провини до хвороби – 10 (12,5%), другий період – 51 (63,75%), третій – 54 (67,5%); песимізм до хвороби не виявлено, другий період – 31 (38,75%), третій – 54 (67,5%); відчуття краху до хвороби не виявлено, другий період – 20 (25%), третій – 55 (68,75%); байдужість до зовнішнього вигляду до хвороби – 7 (8,75%), другий період – 30 (37,5%), третій – 55 (68,75%); зниження самооцінки до хвороби не виявлено, другий період – 43 (53,75%), третій – 77 (96,25%); відчуття безпорідності до хвороби не виявлено, другий період – 50 (62,5%), третій – 57 (71,25%); страх покарання за гріхи до хвороби не виявлено, другий період – 10 (12,5%), третій – 31 (38,75%). Апатія до хвороби не виявлена, другий період – 53 (66,25%), третій – 30 (37,5%); ідеї самозвинувачення до хвороби не виявлені, другий період – 31 (38,75%), третій – 54 (67,5%); страх стати інвалідом та залежним у другому періоді – 40 (50%), третьому – 53 (66,25%). Суїцидні думки до хвороби та на другому етапі не виявлені, а на третьому етапі вони з'явилися у 5 хворих (6,25%).

Тривога до хвороби спостерігалась у 7 хворих (8,75%); на другому етапі – у 60 хворих (75%); на третьому – у 78 хворих (97,5%). Критика до хвороби на етапі маніфестації хвороби – 70 (87,5%), а на третьому вона знизилась до 54 хворих (67,5%).

За результатами експериментально-психологічних досліджень загальна картина за перші роки захворювання та після 10 років склалася таким чином.

Методика Дембо – Рубінштейн: стали оцінювати нижче середнього рівня свої розумові здібності 8 (10%) і 1 (1,25%) хворих; стан здоров'я – 44 (55%) і 19 (23,75%); характер – 10 (12,5%) і 3 (3,75%) та щастя – 15 (18,75%) і 7 (8,75%).

Методика Тейлора виявила середній рівень тривоги з тенденцією до високого у 34 (42,5%) і 5 (6,25%) та високий у 20 (25%) і 14 (17,5%) хворих.

Визначено за методикою ООБІ формування тривожного типу ставлення до хвороби у 18 (22,5%) і 12 (15%); іпохондричного 10 (12,5%) і 2 (2,5%); неврастенічного – 17 (21,25%) і 9 (11,25%); ейфоричного – 6 (7,5%) і 2 (2,5%); параноїального – 11 (13,75%) і 2 (2,5%);

Тест фрустраційної толерантності Розенцвейга: домінуючий тип реагування – 20 (25%) і 12 (15%); самозахисний – 5 (6,25%) і 3 (3,75%); упертий – 39 (48,75%) і 8 (10%); високий індекс самостійності 29 (36,25%) і 15 (18,75%); чутливість до прямого звинувачування 8 (10%) і 3 (3,75%); інтропунітивна спрямованість 20 (25%) і 10 (8%); екстропунітивна спрямованість 12 (25%) і 9 (11,25%); імпульсивна спрямованість 27 (33,75%) і 11 (13,75%).

Поділ хворих за типами акцентуації та психопатії показав, що серед типів акцентуації домінують такі типи, як емотивні 12 (15,0%), тривожні 10 (12,5%) і дистимітичні 9 (11,25%), застряючи, педантичні (ананкастні) і збудливі по 6 (7,5%), демонстративні (істеричні) 5 (6,25%), гіпертимні, циклотимні та екзальтовані по 4 (5,0%); серед типів психопатії виділяються істеричні та тривожні по 3 (3,75%), а збудливі, ананкастні та залежні по 2 (2,5%), що в цілому складає 78 (97,5%) хворих.

Висновки. Преморбідні індивідуально-типологічні особливості особистості у хворих на ревматоїдний артрит виявляються у вигляді акцентуацій: емотивної, тривожної, дистимітичної, педантичної (ананкастної), застрягаючої, демонстративної (істеричної), збудливої, гіпертимної, екзальтованої, циклотимної.

Експериментально-психологічні дослідження виявили у хворих на РА такі характеристики: високий рівень тривоги; тривожний, неврастенічний і параноїальний типи ставлення до хвороби; високий рівень фрустрованості – упертий і домінуючий типи реагування, імпульсивна та інтрапунітивна спрямованості особистості; низька і середня конформність, високий індекс алекситимії у хворих.

Список використаної літератури

1. Крыжановская Н.С. Ревматоидный артрит в свете психологических проблем / Н.С.Крыжановская, Р.М. Балабанова // Тер. Арх. – 2000. – № 5. – С. 79–82.

2. Крыжановская Н.С. Оценка субъективного восприятия боли у женщин больных РА/ Н.С. Крыжановская, Р.М. Балабанова, Т.А. Айвазян // Научно-практическая ревматология. Тезисы. – М., 2000. – № 4.– С. 62.

3. Коршунов Н.И. Проблемы, психические нарушения и качество жизни больных ревматоидным артритом / Н.И. Коршунов // Тер. Арх., 1991. – № 8. – Т. 68. – С. 100–104.

В статье рассматриваются результаты исследования динамики изменений преморбидных и типологических черт больных ревматоидным артритом, определяется возможность влияния преморбидных и типологических черт на начало болезни и развитие психических нарушений.

Ключевые слова: личность, ревматоидный артрит, индивидуально-типологические особенности.

80 women, patients with RA at the age from 16 till 60 years (average age $42,4 \pm 1,18$), with the duration of disease from 1 year to 30 years (average duration $8,36 \pm 0,79$) were surveyed. Individual and typological characteristics of patients with RA were investigated. The psychological investigation was organized with the use of techniques: TAS (Toronto alexitimy scale), LOBI (personal questionnaire of the Institute of Bechterev), the test of frustration tolerance by Rozenzweig, the test of uneasiness by Taylor, the test of a self-estimation by Dembo–Rubinstein.

Key words: personality, rheumatoid arthritis, individual and typological characteristics.

Одержано 21.01.2013.